**第1号様式(第7条関係)**

**大垣市家族介護慰労事業(変更)申請書**

**年　　月　　日**

**大垣市長　　　　　　　　様**

**申請者　　 住所**

**(介護者)**

**氏名　　　　　　　　　　　　 印**

 **電話　　　　　　　　－**

**※自筆による署名があれば、押印は不要です。**

**次のとおり大垣市家族介護慰労事業による介護用品の支給を申請します。なお、支給を受けるにあたり、記載の誓約事項を守り、介護保険認定状況、介護保険サービス利用状況及び世帯の市民税課税状況を確認することに同意します。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **要介護者** | **住所** |  |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ****氏名** |  | **生年月日** |
| **年　　月　　日** |
| **要介護度** |  |  |
| **世 帯 員** | **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | **要援護高齢者との続柄** | **備考** |
| **氏 名** |  |  |  |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | **要援護高齢者との続柄** | **備考** |
| **氏 名** |  |  |  |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | **要援護高齢者との続柄** | **備考** |
| **氏 名** |  |  |  |

**給付種目：希望する品目及び希望サイズにひとつに○をつけてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **給付希望** | **種目** |
|  | **紙おむつ（パンツタイプ）** | **希望サイズ（ S・M・L )** |
|  | **紙おむつ（テープタイプ）** | **希望サイズ（ S・M・L・LL ）** |
|  | **尿とりパッド** |

**【誓約事項】**

**私は、次のような異動事項が発生したときは、速やかに市へ届け出ます。**

**・特別障害者手当の支給を受けたとき。**

**・要援護高齢者が福祉施設等へ入所又は医療機関等へ入院したとき。**

**・介護者、要援護高齢者が転出又は死亡したとき。**

**・申請書の内容に変更が生じたとき。**

**私は、給付された介護用品を譲渡又は転貸その他の目的外には使用いたしません。**

**上記のとおり介護者であることを確認しました。**

**年　　月　　日**

**担当地区民生委員**